

*受付番号	第	号
*受付年月日	西暦	年 月 日

(公社) 日本補綴歯科学会認定医活動休止申請書

西暦 年 月 日

(公社) 日本補綴歯科学会理事長 殿

(フリガナ)

氏 名 印

認定医番号 号

西暦 年 月 日 取得

西暦 年 月 日 失効

(公社) 日本補綴歯科学会認定医制度にかかわる認定医の資格更新を受け
るにあたり、下記の理由により研修を行うことに支障が生じたため、認定
期間の延長を希望し、支障を証明する書類を添えて申請をします。

記

延長理由 (具体的に) :

支障期間：西暦 年 月 日 から西暦 年 月 日まで